

LA ASISTENCIA PSIQUIATRICA EN EL MOMENTO ACTUAL VISTA POR UN DIPUTADO MEDICO*

DR. J. JIMENEZ DE ANTA (Barcelona)

Dentro de la asistencia médica, en general, me atrevo a afirmar que la psiquiatría es la que plantea el problema más grave en este momento a todos los países del mundo, que se esfuerza en superarla basados en lo que ya dijo Pinel, en la época de la Revolución francesa, que el enfermo mental era un enfermo como otro cualquiera y que debía ser tratado con humanidad. Yo añado que, con comprensión y amor, dándose clara cuenta de su situación en la sociedad y aún en la familia.

Para comprender en qué se ha de basar un tratamiento correcto de esta clase de enfermedades, hemos de sentar varias premisas, que enumeramos a continuación, así como las actuales orientaciones de la Asistencia Psiquiátrica que se basan en principios admitidos por la Federación Mundial de la Salud Mental y preconizadas por la OMS.

Hoy estamos muy lejos de considerar el enfermo mental como un poseso o un exorcisado, tal como ocurría en el Medievo. Hoy sabemos que es una enfermedad susceptible de tratamiento.

Se ha de tratar, pues, como es norma en toda terapéutica racional, con un diagnóstico lo más exacto posible en su período agudo, o sea en el primer brote para poder obtener resultados positivos.

El enfermo mental es recuperable en un tanto por ciento muy elevado de casos, con su posible reintegro a su vida en la sociedad y en la familia.

El tratamiento ha de abarcar, sin solución de continuidad, todas las etapas de la vida: Niños subnormales, enfermos mentales adultos y enfermos mentales seniles.

Ha de crearse un ambiente en la sociedad y aún en la familia, sobre

(*) Comunicación explanada en la Sesión del día 28-V-68. Presentación del Académico Numerario, Dr. B. Rodríguez Arias.

todo, para convencerles de que han de impregnarse de esa comprensión y amor hacia el enfermo, de que hablabamos al principio y convencerles también de que la peligrosidad del enfermo mental es un poco de mito; que no hace falta estar «loco» para la comisión de delitos, y que muy raras veces un enfermo de este tipo, correctamente tratado, es el que los comete.

Durante el tiempo que estén ingresados para su tratamiento en un Establecimiento Psiquiátrico, debe procurarse que no olvide el oficio o actividad que tenga, o bien que aprenda otra cosa que le sitúe en condiciones para ganarse la vida, al ser reintegrado a la sociedad.

Los principios admitidos por la OMS son:

1.º — El diagnóstico y asistencia de los casos mentales debe hacerse en fase ambulatoria en los mismos dispensarios y servicios dedicados al resto de los pacientes. Desde allí deben ser orientados a los servicios especializados.

2.º — Es fundamental tratar al enfermo en su propio ambiente. Solamente cuando la asistencia no es posible en estas condiciones se recurrirá a la hospitalización.

3.º — Conviene, a todo trance, evitar la formación de grupos independientes de médicos, unos encargados exclusivamente de la asistencia domiciliaria, otros de las consultas indispensables y otros de la hospita-

lización. Conviene que el mismo equipo médico social esté encargado de los diversos problemas de un sector de la población.

4.º — Se entiende como tratamiento todo lo que tiende a favorecer la evolución del enfermo hacia el concepto de salud mental: la capacidad de un individuo para mantener relaciones armónicas con otros y para participar en modificaciones de su ambiente, asimilándolas o contribuyendo activamente.

5.º — Se entiende como prevención: el intento de impedir el desarrollo y estallido de manifestaciones emocionales patológicas, el diagnóstico y tratamiento precoz de los cuadros psiquiátricos y disminuir o anular las secuelas de los mismos.

6.º — La asistencia psiquiátrica no debe ser concebida como una aglomeración de centros independientes, sino como una red asistencial que desde la asistencia domiciliaria a la reclusión más o menos prolongada ofrezca a cada situación el grado de ayuda adecuado.

7.º — Si es importante el disponer de centros asistenciales y dotar a cada uno de todos los elementos indispensables, entre los que el personal resulta ser lo principal, no lo es menos el disponer de una organización y colaboración entre los mismos.

8.º — Un plan de asistencia Psiquiátrica debe atender a las necesi-

dades de los niños y de los adolescentes.

9.º — Una buena organización de plan de asistencia no supone la simple imitación de los métodos seguidos en otros países. Debe atender a la adaptación de los principios comunes según las características y posibilidades de cada país.

Para un programa práctico de la organización de una asistencia psiquiátrica es necesario:

1.º — CONOCIMIENTO DE LAS REALIDADES PRESENTES.

Es indispensable un censo de Instituciones y personal.

2.º — ORGANISMO COORDINADOR de todos los esfuerzos realizados y en el que, además de las distintas ramas de la medicina, tenga intervención la opinión pública general, y capaz de hacer llegar su opinión propia hasta las más altas autoridades.

3.º — ESTABLECER UN ORDEN DE PRIORIDAD.

Las cuestiones deben tener su lugar en una lista, de forma que puedan ser abordadas según su importancia y posibilidad.

¿Es más importante la formación o la organización?

¿Hacer Hospitales o Dispensarios?

¿Qué enfermos deben ser atendidos en primer lugar: agudos, crónicos, ancianos, jóvenes, etc.?

De nada sirve un hospital o una organización asistencial sin personal capacitado y capaz de hacerlos funcionar. La cuestión de personal es una cuestión primordial.

En los países que disponen de centros asistenciales clásicos, se pueden considerar como los posibles núcleos de expansión asistencial. El hospital piloto es un objetivo a cubrir. Contrariamente, en los países en los que estos establecimientos no existen, se considera que el hospital psiquiátrico sería el último escalón de la lucha contra las enfermedades mentales.

4.º — PLANIFICACION.

La asistencia debe atender a todas las etapas de la enfermedad, y a las distintas situaciones del enfermo.

La falta de relación entre los organismos rectores de las instituciones y los servicios, hace que muchos de los esfuerzos sean estériles o pierdan eficacia.

Las fórmulas de regionalización, de la psiquiatría de sector, etc., son intentos muy interesantes para satisfacer la asistencia y conseguir una continuidad de la misma.

Se ha llegado a este estado de cosas, en cuanto a la asistencia psiquiátrica se refiere, por una serie de circunstancias que han hecho que este problema, como decíamos al principio, no sólo sea provincial, sino nacional y hasta Mundial. Hoy día es notorio que las enfermedades cardíacas, las neoplásicas y los ac-

cidentes, han aumentado, y preocupan, sobre todo, por su índice de mortalidad, pero sobre todas ellas, producido tal vez por el ajetreo y preocupaciones de toda índole que la vida moderna acarrea, las enfermedades mentales han aumentado de una forma alarmante. Por otra parte ha disminuido el índice de mortalidad de esta clase de enfermos y se ha alargado la vida de los mismos. También la psiquiatría ha evolucionado de una manera rapidísima en cuanto a tratamiento y asistencia del enfermo mental, aumentando las posibilidades de recuperación y de reintegro a su medio ambiente habitual, teniendo en cuenta las premisas que sentábamos al principio.

Por todas estas circunstancias existe el hecho de que estamos, ante este tipo de asistencia, en una situación verdaderamente grave, pero es necesario que cada uno, en la medida de sus fuerzas, actúe para que cese este estado de cosas y para, por lo menos, sentar las directrices para que en años próximos pueda resolverse este grave problema.

La asistencia actual constituye un profundo anacronismo y de año en año, ha ido retrasándose en relación con otras actividades de la medicina, hasta llegar al deplorable momento presente.

Por esta causa nuestra Diputación, a la que me honro en pertenecer, se ha hecho cargo de la importancia de ella y ha acometido inmediata-

mente, con hechos y con ideas, la posible solución de este problema, ya que la legislación actual española encarga a las Diputaciones provinciales del tratamiento de todos los enfermos mentales de la Provincia, sin discriminación de clases, y como se comprenderá, dada la complejidad de medios y establecimientos que hoy día son necesarios para la correcta asistencia de estos enfermos, la posibilidad financiera de las diputaciones españolas es, a todas luces, insuficiente para lograr este fin.

En general, podemos decir que las instituciones psiquiátricas, en España, tienen casi todas ellas un profundo carácter manicomial. Son instituciones atrasadas, tanto en su estática como en su dinámica. Tienen el carácter de «depósito» de enfermos, que se le dio desde los tiempos de Kraepelin que, junto con Pinel, fueron los revolucionarios de la psiquiatría. En estos establecimientos es frecuente que los enfermos vivan hacinados, no sólo en condiciones lamentables, higiénicas y estéticas, sino también éticas. Los derechos de la persona humana no pueden ser tenidos en cuenta y los pacientes van perdiendo su individualidad y los parientes y amigos se llevan una impresión penosa de la visita a sus enfermos y paulatinamente dejan de verles y acaban siendo olvidados por la sociedad de los normales.

En estos ambientes es fatal que se produzca la *neurosis institucional*

que es un eufemismo para designar un estado de verdadera apatía, producida por la desaparición de estímulos, situaciones ambientales positivas; las energías del enfermo van apagándose y llega a ser un total inválido, pero no a causa de su enfermedad sino por causa de un ambiente patógeno.

Ante esta situación el ideal sería derribar estas instituciones y sustituirlas por otras de nueva planta. Pero esto, la capacidad económica de nuestro país no lo permite. Hay que basarse, pues, en el principio del mejor aprovechamiento de las instituciones existentes. Hay que ayudar a todas estas instituciones para que se transformen, en el plazo más corto posible, en instituciones en las que desaparezca la aglomeración y el hacinamiento y en las que los pacientes recobren, y no pierdan, su personalidad; en las que se cuide de que ningún enfermo descienda por debajo del nivel psíquico más allá de lo que la enfermedad ha hecho inevitable, en las que los familiares vayan con agrado y de las que el enfermo, cuando salga de ellas, no guarde un recuerdo penoso.

Todo ello es posible, gracias a unos recursos verdaderamente portentosos de que dispone la psiquiatría actual desde FREUD, citado en este momento como el segundo revolucionario de la psiquiatría. Son de un valor incalculable: la psicoterapia individual y de grupo, la psi-

cofarmacología y terapéutica físicas, el principio de comunidad terapéutico, el tratamiento ocupacional y el recreacional y tener el concepto de que las instituciones no son estación de término, sino de tránsito, para la reincorporación a la sociedad. Estamos en la época, como tantas veces dice el profesor SARRÓ, de desaparición del manicomio antiguo como «depósito» y concebido esto así, si ahora es imprescindible aumentar el número de camas para atender las necesidades actuales, se llegará a un momento en el que las que ahora hagamos sean suficientes y aún disminuyan, con lo que también su financiación será menos gravosa.

Así, pues, la asistencia psiquiátrica, ahora, está en el principio de una etapa. No basta el «manicomio». Hay que prepararse para marginarlo y posiblemente suprimirlo. La asistencia psiquiátrica, a medida que se moderniza, va dejando de ser manicomial y asilar y se convierte en extra manicomial. El enfermo es tratado sin separarlo de su ambiente y sólo en casos extremos debe ser hospitalizado. La asistencia es lo que se llama hoy psiquiatría en la comunidad o psiquiatría de sector. Esta nueva concepción no sólo borra la distancia entre el enfermo mental y el enfermo somático, sino el de la asistencia pública y la privada. El enfermo debe ser tratado siempre por el mismo equipo médico, independiente de las instituciones que

recorra y el tiempo que dure su enfermedad.

Por lo tanto es necesario crear Centros de Urgencias y Clasificación de enfermos, para atender los primeros brotes en los que, al mismo tiempo, existan camas para los que requieran un tratamiento corto, siendo los demás internados en las instituciones corrientes.

La organización por sector requeriría una colaboración estrecha entre varios estamentos y creemos que aquí los Ambulatorios de la Seguridad Social e incluso los Dispensarios Municipales, por ser indispensable que, entre el centro o dispensario de salud mental, verdadero núcleo de la asistencia actual y el hospital psiquiátrico propiamente dicho, se intercalaran Instituciones como el hospital de día y de noche, que tendrían por objeto el constituir un escalón intermedio entre el Hospital Psiquiátrico que daría de alta al enfermo y su reintegro a la Sociedad. En estos Hospitales antes mencionados, se albergarían durante la noche o el día los que trabajarán de día o de noche y por un período de tiempo a determinar por el Psiquiatra y para que el enfrentamiento, con la sociedad en la que ha de vivir en lo sucesivo, no fuera brusco y se sintiera siempre el enfermo protegido contra su enfermedad. Vienen a ser como casas a medio camino. Como también, y en otro orden de cosas, hay que crear talleres protegidos, que tengan en

cuenta la complejidad de grados y matices, tanto del transtorno psíquico como de los procesos de desadaptación y adaptación.

Los Dispensarios que citamos anteriormente deben aconsejar al enfermo que se visite periódicamente en ellos y deben contar con Asistentes Sociales para que, cuando el enfermo no se presente en el Dispensario, cosa muy frecuente en los alcohólicos, vayan a los domicilios para indicarles la necesidad de su visita. Han de estar repartidos por el ámbito ciudadano y provincial (Hospitales Comarcales), para que sean aproximados al enfermo.

Estoy convencido, y lo manifiesto con plena satisfacción, de que, a pesar de las dificultades de todo orden con que tienen que luchar los directores médicos y el personal facultativo que atiende a los enfermos mentales, han hecho verdaderos esfuerzos con resultados sorprendentes para superarlas y dar a los enfermos el tratamiento humano y terapéutico que la medicina actual exige.

INSUFICIENCIA DE CAMAS

Estamos en el momento de habilitar el número de camas necesarias. Nos obliga a ello la demanda actual y la que ha de venir en los próximos años, hasta que todo el mecanismo asistencial psiquiátrico moderno se ponga en marcha.

Por lo que respecta a nuestra Pro-

vincia, existen 4.500 camas, aproximadamente. Sería necesario habilitar 4.221 camas para la capital y 5.100 para la provincia.

Es necesario que los nuevos Establecimientos que se construyan estén dotados de todos los medios que permita el tratamiento moderno. Hay que huir del antiguo manicomio cerrado, para llegar al Centro Hospitalario abierto, tanto para los de fuera como para los de dentro. Han de tener todos los medios de diagnóstico precisos, Salas de Actos y Entretenimientos, complejos polideportivos, que les permitan realizar una verdadera labor de socio-terapia. Tienen que tener Talleres y Granjas, bien unidos al Manicomio o en conexión con él, para poder practicar la labor-terapia industrial y rural. Pero aquí quiero apuntar una cosa muy importante: Si el enfermo, al practicar la labor-terapia en las respectivas instituciones, produce un beneficio, ya que sustituye a una mano de obra que sería indispensable, ha de ser remunerado con arreglo al trabajo que ejecuta, ya que de otra forma, transformaríamos esta arma terapéutica en una explotación. Asimismo el Ministerio del Trabajo tiene que cubrir la seguridad social, en cuanto a accidentes se refiere, sobre todo; y el ideal sería que mientras dura su internamiento, no pagaran ninguna cuota por esta prestación, porque yo no puedo evitar el pensar que al crear talleres dentro de las Instituciones,

cada vez con trabajos más complicados y con mayor riesgo profesional, quede el enfermo mental totalmente desamparado.

En España se puede decir que actualmente no hay nada legislado a este respecto.

El Catedrático de Derecho del Trabajo de la Universidad de Barcelona don Manuel Alonso García, ha hecho un estudio muy completo desde el punto de vista jurídico en el que expone los problemas que se derivan de que el enfermo tenga una verdadera necesidad de trabajar para su posible curación y ello exige la necesidad de ordenar este trabajo de acuerdo con un régimen especial en el que se resuelvan todos los problemas que de éste se derivan. Hay que ir a una reforma del ordenamiento legal o bien a la creación de un Estatuto para este tipo de trabajadores, hay que estudiar fundamentalmente la capacidad de los enfermos mentales para contratar laboralmente sus servicios, las condiciones de trabajo en estos servicios y los problemas de la Seguridad Social en relación con el trabajo de este tipo de enfermos.

En la legislación francesa se incluyen los incapacitados o disminuidos tanto físicos como mentales.

Se han tenido en cuenta las opiniones de los psiquiatras en la legislación y se considera al trabajo como terapéutica, *la capacidad*, la retribución, que se aplica según el rendimiento, asignándoles un jornal

del que va un tanto por ciento para el enfermo, otro tanto por ciento para el taller y otro tanto por ciento para necesidades generales de un grupo de enfermos.

Si trabajaba antes de ingresar en el sanatorio, el Estado completa hasta el cien por cien el salario; va disminuyendo la aportación del Estado según aumenta el rendimiento del enfermo.

Tienen cubiertas todas las prestaciones de Seguridad Social.

Aproximadamente ocurre igual en la legislación inglesa; hay unos Tribunales compuestos por psiquiatras, Inspectores de la Seguridad Social y Representantes de la Administración, que hace reconocimientos periódicos a estos enfermos.

Según el número de obreros de cada Empresa se tienen que reservar plazas en un tanto por ciento variable para los enfermos de esta clase dados de alta y se ordena la creación de talleres protegidos para la fase intermedia entre el Sanatorio y la rehabilitación total.

Esto último tiene un gran inconveniente en los casos de crisis económica, con el consiguiente desempleo.

En cuanto a la Asistencia Psiquiátrica soviética puede ser aleccionador su comparación con la occidental. En cuanto a las estadísticas resulta muy difícil su comparación por diversos factores:

1.º — Los cuadros de diagnóstico no coinciden. El soviético es más reducido que el occidental.

2.º — La composición de la sociedad, en cuanto a edades, varía. Así en 1960 el 13 % de la población tenía más de 60 años en U.S.A., mientras que los países soviéticos era de 9,4 %

3.º — La composición en cuanto a los sexos, varía. En una población total soviética de 216.000.000 había un exceso de 20.000.000 de mujeres. En cambio, la proporción en la U. S. A. era de 49 varones y 51 mujeres. El exceso femenino de la U. R. R. S. se da, principalmente, en las edades superiores a 32 años, es decir el sexo de la población ha sido afectado por la Segunda Guerra Mundial.

4.º — La diferencia considerable en cuanto a psicosis traumáticas puede hallarse en relación con las heridas cefálicas sufridas por la población civil y militar. Otro factor puede depender de la industrialización de una población de origen rural todavía no preparada. La proporción de psicosis traumáticas en la Unión Soviética era de 5,6 % y de 0,32 % en los Estados Unidos, según las estadísticas de 1950.

5.º — La orientación diagnóstica en los soviets se basa más en conceptos de psiquiatría organística que dinámica. En cambio en U. S. A. los diagnósticos varían según las clases sociales; en las clases socioeconómicas superiores es más fácil el diag-

nóstico de neurosis y en las inferiores de psicosis.

6.º — Las neurosis se hospitalizan más fácilmente en la U. R. R. S. La proporción es de seis veces superior en la U. R. R. S. que en U. S. A.

7.º — En la U. R. R. S. la urbanización del país es mucho menor que en U. S. A. La mitad de la población reside en el campo. La tolerancia rural para los enfermos psíquicos es conocida.

8.º — La proporción de psiquiatras es más elevada en la Unión Soviética que en los países occidentales incluso en U. S. A.: 9 por cada cien mil y 7-8 por cien mil en los Estados Unidos. En ambos países la repartición de los psiquiatras es desigual. Así en la zona este de los Estados Unidos la población es de 70 % superior del promedio nacional, en cambio en el sur es de 43 % inferior. En U. S. A. los diez estados más urbanizados tenían un 65,8 % de la totalidad de los psiquiatras y las diez menos urbanizadas sólo 4,6 %. Mientras que en la U. S. A. es de cada dos camas uno, en la Unión Soviética es una de cada ocho. Traducido en otros términos significa que para cada cama psiquiátrica hay en la U. R. R. S. 7,72 en los Estados Unidos 1,16.

En la U. R. R. S. el problema de la tuberculosis es mucho más importante que en los países occidentales; recuerda la magnitud del problema en la Europa del siglo XIX al surgir la Revolución industrial. En ambos

países es la característica de nuestra época; puede consistir más en un aumento de las enfermedades psíquicas que en una disminución de la tolerancia de nuestra sociedad urbana.

Mientras el programa Kennedy sobre enfermedad mental y retardo mental aspira a disminuir las camas de los hospitales psiquiátricos a la mitad, los soviéticos aspiran a doblarlas. Dos por mil para 1966 en la zona de Moscú.

La proporción del personal se aproxima en la Unión Soviética a un por un; en la U. S. A. es de cuatro pacientes por empleado a tiempo completo.

En los hospitales soviéticos un médico atiende 27,4 pacientes, mientras que en América atiende a 183,8 es decir 7 veces más pacientes por médico. (Téngase en cuenta que la asociación psiquiátrica americana recomienda un médico por 30 pacientes en Hospitales de tratamiento intensivo).

9.º — En la U. R. R. S. el 75 % de los médicos son de sexo femenino.

10. — La Unión Soviética ha evitado los manicomios colosales; en general son de proporciones modestas.

Los principios de Querido «debe acudir a atender al paciente donde se encuentre (sin barreras administrativas) manteniéndole en lo posible en la sociedad», se halla más próximo del criterio oriental que del occidental.

En la U. R. R. S. el derecho al trabajo del retrasado mental está reconocido por el Estado.

En la U. R. R. S. el período escolar termina a los 18 años y en Europa, a los 16 años.

La Diputación Provincial de Barcelona, en un tiempo cortísimo y dándose cuenta de la responsabilidad que tiene atribuida en este momento, está construyendo un Pabellón de 200 camas en la Clínica Mental de Santa Coloma de Gramanet y tiene el proyecto, para una ejecución inmediata, de la construcción de otros dos Pabellones, con una capacidad total de 600 camas. Al mismo tiempo, se gestiona la entrega de la Clínica «Flor de Mayo», antiguo Sanatorio antituberculoso, y en el que se podrían habilitar 400 camas más.

Se van a habilitar, de acuerdo con la Cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona, 30 camas más, que se unirían a las 60 de que ahora dispone, creando así un Centro de Urgencias y de Observación Psiquiátrica. Dicho Centro ya está funcionando a pleno rendimiento, pero es insuficiente su capacidad para atender las necesidades urgentes actuales. Por otra parte, hay ofrecimientos de varios Sanatorios Mentales, de los que tienen relación contractual con la Diputación, para ampliar el número de camas.

Esto indica el esfuerzo que nuestra Corporación, impulsada por el Excmo. señor Presidente y el Pleno,

hace para paliar la carencia que mencionábamos antes y, al mismo tiempo, aprovecho para decir que ha sido la Diputación de nuestra Provincia la que ha sacado a la luz este gran problema, creando un ambiente en la Ciudad y Provincia y en la Nación, que era necesario de acuerdo con una de las premisas primeramente citadas y que ha culminado en la Pregunta-Ruego que nuestro Presidente, por medio del Presidente de las Cortes, ha dirigido a varios Ministros de nuestro Gobierno.

NIÑOS SUBNORMALES Y ANORMALES PROFUNDOS

Dentro de la asistencia de los enfermos mentales, hemos de separar, por sus características especiales, la asistencia de los niños subnormales, que constituye una honda preocupación reflejada en toda la Nación y cuyo número, en España, oscila entre los 400.000 y 500.000. Y haciendo resaltar que esta cifra viene dada por un tanto por ciento sobre la población total, ya que no existe un censo de los mismos, que se refleje en ninguna Estadística.

Vale aquí lo mismo que dijimos en los enfermos mentales y es que existe una gran mayoría de recuperables, con adecuado tratamiento y enseñanza, con lo que ellos dejarían de ser una carga familiar y nacional.

La comprensión y amor que reclamábamos para el enfermo mental, se está dando ahora, y con gran mag-

nanimidad, en atención a los niños, pero no se debe olvidar que, a los 18 años, el que no pueda ser recuperado, pasará a ser enfermo mental adulto y de ahí que aseguráramos, en una de las premisas, que la asistencia psiquiátrica debe atender al enfermo en todas las edades.

Un problema más grave lo constituyen los profundos, que antes alcanzaban cortos años de vida y hoy, gracias a los modernos medios terapéuticos, llegan a la senectud, pero ni el Estado, ni las Corporaciones ni la Seguridad Social ni nadie, en suma, en la Nación, pueden desatenderlos ni desde el punto de vista cristiano ni del humano.

Respecto a su asistencia, diremos que los niños subnormales recuperables deben ser tratados y enseñados en los Grupos Escolares o Escuelas, donde se crearían aulas dotadas con personal médico y pedagógico apropiados para este fin, con lo que quedarían siempre unidos a su medio familiar.

Los niños subnormales educables y adiestrables, ya tienen que ser integrados en Centros especiales, que cumplan las siguientes condiciones:

1.º — La conveniencia de que la asistencia y tratamiento tengan lugar con la colaboración de los mismos padres afectados, de lo que se deduce que las Instituciones necesarias deben ser ubicadas en la proximidad de los domicilios habituales de los mismos. Hay que hacer lo posible para que los hijos puedan

convivir en sus hogares, por lo que el ideal es la media pensión. Todo lo que sea segregarlos de su familia condiciona riesgos, perfectamente conocidos para su futura convivencia familiar y social.

2.º — Las unidades de asistencia y tratamiento deberán ser lo más pequeñas posibles, hasta el punto que es importante conocer que las realizaciones en los países más avanzados en este cometido, tienden a unidades de carácter familiar, tanto en cuanto a la estructura como en cuanto al número de educandos. Si las Instituciones, por diversas razones, han de ser necesariamente mayores, ha de haber una autonomía, con interdependencia de las unidades menores, con un máximo de 150 educandos, pudiendo llegar hasta 180 sólo en el caso en que en la misma Institución hubiera talleres de iniciación profesional.

Debe de huirse de los grandes internados y solamente habilitar plazas con este fin para los niños huérfanos, en cada Centro.

Por esto la Diputación Provincial estimula la creación de Centros Comarcales de este tipo.

* * *

Los profundos, en cambio, por necesitar unos tratamientos y unos cuidados especiales, tanto médicamente como por el personal auxiliar que les ha de atender, que precisa estar dotado de una gran abnegación, así como por la situación

familiar que crea, ya que hoy día es muy corriente que en el matrimonio tenga que trabajar tanto la mujer como el hombre, es de desear que se construyan Centros que podrían ser hasta regionales, por la especialización que se precisa para atenderlos, tanto en material como en personal.

Así como en los enfermos mentales recalcamos la importancia del diagnóstico precoz, lo aseguramos más aquí. El ideal es que pudiera ser hasta pre-natal.

Adjuntos a cada Centro, o bien en sitios estratégicos en las grandes ciudades, deben de crearse Dispensarios de orientación y diagnóstico y había de buscarse la colaboración del puericultor para que coadyuvara en este diagnóstico precoz.

En las maternidades debe haber también personal que efectúe un diagnóstico físico y psíquico, así como en los hospitales de Puericultura y convencer que el test de GUTRIES debía ser practicado sistemáticamente a todo recién nacido.

Asimismo debe crearse un laboratorio especializado para diagnosticar lo más precozmente posible las alteraciones metabólicas y cromosómicas congénitas, que podía tener carácter regional.

Respecto a los Establecimientos en que han de ser internados estos niños, se comprende que han de seguir una ordenación parecida a la que citamos para los adultos, con la adaptación propia de la edad. Lo

que sí queremos hacer constar lo improcedente de crear grandes Centros que serían verdaderas Ciudades de niños-subnormales aislados de las familias y con ningún beneficio para el niño enfermo y sería conveniente canalizar todas las iniciativas particulares que con altura de miras pero sin el debido asesoramiento, pueden causar un perjuicio más que un beneficio, porque el técnico no debe ir a remolque del medio de financiación, sino al contrario.

Nuestra Diputación Provincial, en este aspecto, tiene aprobada la edificación de un Centro con capacidad para 240 niños y niñas, en régimen de internado, por proceder de la Casa de Maternidad y 300 niños y niñas, en régimen de externado.

También existe el proyecto de edificar en la Provincia de Tarragona, un Centro para niños subnormales profundos, con una capacidad de 300 camas.

Se está estudiando la instalación de un Laboratorio de trastornos biológicos y cromosómicos.

En la actualidad, en el Instituto de Puericultura, que dirige el doctor Carbonell, ya se realizan diagnósticos precoces y en el Departamento de niños subnormales del mismo Instituto, también el Dr. LAMOTTE DE GRIGNÓN realiza la misma obra, con la idea de que puedan extenderse ambos al ámbito de la Ciudad y, en su caso, al de la Provincia.

Ante el aumento de Instituciones

y del número de camas, así como para poner en marcha toda esta compleja asistencia, se plantea el problema de la dotación de personal. Es necesario preparar, con la mayor rapidez posible, especialistas médicos, pedagogos y todos los auxiliares, cuidadores, etc.

MEDIOS DE FINANCIACION

Esta complejidad de la asistencia psiquiátrica moderna en todos sus aspectos, requiere unos cuantiosos medios de financiación, tanto para construir las Instituciones adecuadas, como para su mantenimiento. Entonces se comprenderá que es imposible que un sólo sector de la vida económica nacional, cargue con todo ello. Son varios, como veremos después, los sectores económicos que pueden cooperar, por esto es imprescindible que en España se dicten normas o se promulgue una Ley, como ha pedido muy acertadamente

nuestro Presidente en su Pregunta-Ruego, que coordine todo lo referente a la Asistencia Psiquiátrica en todos sus aspectos.

Un sector de la financiación debe ser cubierto por el Estado, otro por la Diputación, otro por el Municipio de más de cincuenta mil habitantes, otro — y muy importante — por la Seguridad Social, otro por la iniciativa privada, otro por los familiares del propio enfermo, en cuanto puedan y otro por la Industria y la Agricultura, creando puestos de trabajo para esta clase de enfermos en Talleres y Granjas especiales, como hemos mencionado antes, que sirvieran, de paso, para la convivencia con los demás trabajadores.

* * *

Creo que con esto he hecho una exposición del problema que he enunciado al principio y apuntado sus directrices, así como los posibles medios de financiación.

Discusión. — Glosan, ampliamente, lo dicho por el autor y elogian mucho lo que viene haciendo como hombre público los doctores Parellada Felú (Diego), Cardoner Planas (Antonio), Agulló Asensi (de Alicante), Sarró (Ramón) y el Presidente (A. Pedro Pons).

El prof. R. Sarró, principalmente, considera como un índice apto para tomarlo cual punto de partida en un estudio de psiquiatras, lo bosquejado por Jiménez de Anta.

El Presidente alaba la objetividad y el entusiasmo sanitario de que viene dando muestras el disertante.

Este agradece, finalmente, la presentación —inmerecida— que hizo de él el doctor B. Rodríguez Arias, así como las intervenciones tan honrosas y gratas de los que usan de la palabra.